FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1878 — THÈSE — N° 295

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Juillet 1878, à 1 h.

PAR A. GOUIN

Né à Montaigu (Vendée), le 1er janvier 1852.

COÏNCIDENCE ET RAPPORT

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DU CANCER

Président : M. JACCOUD, *professeur.*

Juges : MM. PETER, *professeur.*
CHARPENTIER, GUÉNIOT, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1878

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
G. BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises et les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à eur auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
Docteur en Médecine.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ALFRED GOUIN
Docteur en Médecine.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JACCOUD

A M. LE DOCTEUR DUGUET

Médecin des Hôpitaux.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

COÏNCIDENCE ET RAPPORT

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DU CANCER

INTRODUCTION.

En donnant pour titre à notre thèse : « Coïncidence et rapport du cancer avec la tuberculose pulmonaire, » nous n'avons pas eu la prétention d'approfondir cette question difficile, comme le sont ordinairement toutes les questions générales en pathologie. Notre peu de science et d'expérience nous auraient promptement trahi si nous eussions abordé ce sujet dans cette intention. Nous avons seulement essayé de présenter sur ce point de pathologie quelques particularités qui nous ont paru intéressantes.

Nous diviserons notre travail en trois parties.

Dans la première nous donnerons un aperçu des différentes opinions émises par les auteurs sur la coïncidence du cancer et du tubercule.

Dans la seconde, à l'aide des statistiques déjà faites et des observations que nous avons pu réunir en parcourant les Bulletins de la Société anatomique, nous rechercherons dans les cancers des différents organes, ceux pour lesquels

se présente le plus souvent la coïncidence du tubercule pulmonaire à ses différents degrés.

Dans la troisième enfin, nous essayerons de trouver si les deux diathèses cancéreuse et tuberculeuse ont quelque influence l'une sur l'autre, et s'il y a quelque rapport entre elles.

Nous prions M. Duguet, professeur agrégé de la Faculté de médecine, de recevoir nos sincères remerciements pour les bons conseils qu'il nous a donnés et pour l'observation qu'il nous a si obligeamment communiquée.

CHAPITRE PREMIER.

Un savant professeur de Vienne, Rokitanski, frappé de la grande rareté de la coïncidence du cancer et du tubercule chez le même sujet, crut pouvoir poser entre ces deux affections une loi formelle d'antagonisme.

Il existait bien dans les auteurs quelques observations dans lesquelles cette coïncidence était notée, mais comme elles dataient d'une époque où les anatomo-pathologistes recouraient peu à l'usage du microscope, Rokitanski pensa que ces observations incomplètes ne suffisaient pas pour ébranler sa loi d'antagonisme.

Une fois posée, cette loi attira vivement l'attention des pathologistes; chacun chercha bientôt ce qu'elle pouvait avoir de vrai. Des exceptions assez nombreuses ne tardèrent pas à être signalées.

« Les partisans de l'antagonisme, dit M. le professeur Broca, ne se découragèrent pas; leur loi était ébranlée par

des faits, ils l'étayèrent avec des raisonnements, et la science s'enrichit de la théorie des *crases*.

Voici l'essence de cette théorie qui semble empruntée à quelque mythologie orientale. Tout homme est soumis à l'une des trois crases qui se partagent la domination de l'espèce humaine. Chaque crase imprime à ses nombreux sujets un cachet spécial qui est mis en évidence par la simple inspection du sang; chacune d'elles a son cortége de maladies, et s'oppose par de sévères *lois d'antagonisme* à l'importation des maladies environnantes. Douées d'un naturel ambitieux, les trois crases se disputent souvent la possession de notre organisme. A la suite de ces révolutions, nous pouvons changer de souveraine et nous subissons alors les lois de la crase victorieuse. Or il se trouve que le cancer et le tubercule ne dépendent pas de la même crase; l'un est, je crois, attaché à la crase albumine; tandis que l'autre relève de la crase fibrine. Nous pouvons donc, au gré de la destinée, être tuberculeux à une époque, et devenir cancéreux à une autre époque, mais nous ne pouvons être simultanément la proie de ces deux maladies.

La théorie des crases ayant paru ridicule, on en donna une autre basée sur le dogme de *l'unité*. Le globule de tubercule et la cellule du cancer sont d'origine analogue, seulement le cancer est une formation plus avancée que le tubercule. Un état général moins prononcé dans celui-ci que dans celui-là préside à ces deux ordres de formations. Lorsque cet état est parvenu au degré qui produit le tubercule, il peut en s'avançant davantage laisser développer le cancer; mais lorsqu'il est arrivé au degré du cancer, il ne permet plus la tuberculisation, car tout ce qui, dans d'autres circonstances, deviendrait tubercule, se change alors forcément en élément cancéreux. Voilà pourquoi les tuber-

cules ne mettent pas à l'abri du cancer, tandis que le cancer a la propriété de préserver du tubercule.

Le cancer n'a même pas ce modeste avantage. On ne s'attend pas à trouver ici une discusssion de ces théories. A des rêveries je répondrai simplement par des faits. »

M. Broca établit alors que les tubercules sont loin d'être rares sur le cadavre des cancéreux. Onze fois sur cent il a vu cette coïncidence. Encore sur ces onze cas laisse-t-il de côté six cas de tubercules anciens.

En ne prenant que les cas de tubercules crus, petits, de formation récente, il reste cinq observations de coïncidence sur cent cas. La proportion de M. Lebert est un peu plus considérable. Sur cent trente-six cancéreux il a observé onze fois la présence de tubercules récents ce qui porte à 8 p. 100 les proportions de la coïncidence.

Aujourd'hui on ne manque guère d'examiner les poumons lorsqu'on fait l'autopsie d'un cancéreux. Chacun a donc rencontré un certain nombre de cas de coïncidence, et personne ne songe plus à en contester la possibilité. On dit seulement qu'elle est très-rare et que cela tient à la répulsion qui existe entre ces deux produits pathologiques.

« Afin de voir, dit M. Broca, ce qu'il y avait de vrai dans cette assertion j'ai soumis au calcul des probabilités les chances de cette coïncidence ; j'ai d'abord cherché dans les divers relevés le chiffre approximatif de la mortalité par les tubercules et de la mortalité par le cancer. Puis j'ai tenu compte de la fréquence relative de ces affections aux divers âges : Sur 100 cas de mort par tebercules, il y en a 80 avant 40 ans et 20 seulement après cet âge; au contraire, sur 100 cas de cancer, il y en a 14 avant 40 ans et 86 après cet âge. J'ai donc cherché quelles étaient les chances de la coïncidence d'abord avant 40 ans, puis après 40 ans; en

additionnant les deux résultats, j'ai trouvé que sur un million d'autopsies, ce qui suppose 9,000 cas de cancer, on ne devait rencontrer que 500 fois la coïncidence de cette affection avec les tubercules, ce qui conduit à une moyenne d'un peu plus de 5 p. 100. Or, c'est à peu près là la proportion qui résulte de mes relevés et de ceux de M. Lebert pour la coïncidence entre le cancer et les *tubercules récents.* »

Le tubercule et le cancer se développent à toutes les époques ; mais tandis que le tubercule se produit le plus souvent dans les trente premières années de la vie, le cancer se montre au contraire après cet âge. On comprend donc que la coïncidence de ces deux affections soit rare. C'est pour n'avoir pas fait cette réfléxion bien simple, que le professeur Rokitanski est allé jusqu'à poser entre ces deux produits pathologiques une loi d'antagonisme.

On trouve encore dans quelques auteurs des passages qui plaident en faveur des idées de Rokitanski :

« En général, dit M. N. Gueneau de Mussy, quand une action morbide est fortement imprimée dans l'organisme, quand elle a modifié l'ensemble de la constitution, elle s'en empare en quelque sorte et la rend moins accessible aux autres actions du même ordre. Le travail nutritif fortement dévié dans une direction semble plus difficilement entraîné dans une autre voie anormale. C'est ainsi qu'on a remarqué que le cancer coïncidait rarement avec le tubercule. »

Dans son mémoire sur la tuberculose considérée surtout au point de vue de la nature et de la prophylaxie, M. Perroud, après avoir parlé des différences tranchées qui séparent le cancer et le tubercule tant au point de vue histologique qu'anatomo-pathologique, ajoute que tant de contrastes semblaient légitimer un véritable antagonisme

entre l'état cancéreux et l'état morbide général tuberculeux.

« Les faits viennent-ils confirmer cet antagonisme ?... M. Lebert ne le pense pas. » M. Perroud cite alors les statistiques de Lebert qui, en résumé sur 101 cadavres de cancéreux, a signalé 9 fois l'existence de tubercules récents.

« La proportion précédente, dit M. Perroud, paraît donner gain de cause au savant professeur que nous citons. Toutefois qu'il nous soit permis de faire remarquer que, de l'aveu même de M. Lebert, chez la plupart de ses cancéreux atteints de tuberculose, les dépôts phymiques ont eu une marche très-lente. Dès lors n'est-il pas permis de croire que les tubercules aient été purement de *cause locale* et ne suffisent pas pour bien prouver la diathèse tuberculeuse et sa coexistence avec la diathèse cancéreuse.

Et il ajoute : « C'est une question que nous ne pouvons que soulever actuellement; pour y répondre il nous faudrait sur les caractères différentiels que nous avons assignés aux tubercules locaux des détails qui nous font ici complètement défaut. La statistique de M. Lebert est insuffisante à prouver ce qu'elle désire établir ; elle est insuffisante aussi à prouver la doctrine contraire. »

Dans son traité des maladies de l'estomac, Brinton aborde la question de la coïncidence au sujet des complications du cancer de l'estomac et il explique pour quelles raisons il penche en faveur de l'opinion de Rokitanski.

« Parlons d'abord, dit-il, de la simple présence du cancer et du tubercule chez le même individu, La gravité relative des deux maladies, et les âges très-différents auxquels elles se montrent, suffisent en dehors de toute autre circonstance à expliquer pourquoi le cancer paraît après le

tubercule, mais jamais le tubercule après le cancer. La présence si fréquente de dépôts tuberculeux anciens, dans les poumons d'individus morts de cancer, est un fait incapable d'établir aucune relation essentielle entre les deux maladies, et qui ne détruit en rien l'opinion de Rokitanski. Si les différents observateurs ne sont pas entièrement d'accord sur la fréquence des tubercules trouvés dans les autopsies d'individus ayant succombé à une maladie quelconque, il n'est pas douteux que le chiffre moyen qui exprime cette fréquence (50 0/0) soit bien supérieur à celui qui indique la fréquence des tubercules coïncidant avec le cancer. Aussi, tout ce que nous avons le droit d'en inférer c'est que les productions tuberculeuses datant des premières périodes de la vie ne sont point un obstacle à l'apparition du cancer dans un âge plus avancé, proposition qui n'est plus contestable.

Sans doute on pourrait dire que l'altération du sang qui a donné naissance aux tubercules peut quelquefois persister au delà du terme de l'activité de cette formation et qu'on ne peut nier en certains cas, la coëxistence des cachexies cancéreuse et tuberculeuse.

Il est difficile de réfuter des assertions aussi vagues, mais l'étude histologique du cancer de l'estomac et de ses complications, nous permet de dire que, dans le plus grand nombre des cas, ces prétendus dépôts tuberculeux qui accompagnent le cancer de l'estomac ne sont en réalité que des dépôts cancéreux, lésions secondaires en rapport avec la maladie principale. Ainsi il y a des cas de cancer secondaire des poumons, qui ressemblent exactement au tubercule ordinaire, non-seulement dans les premiers temps de sa formation, mais même au commencement de sa période de suppuration et de ramollissement. »

Ces dépôts cancéreux secondaires des poumons, dans les premiers temps de leur formation, ne sont point susceptibles d'être pris pour du tubercule miliaire ou du tubercule cru, mais c'est lorsque ces dépôts se ramollissent et suppurent que la difficulté devient plus grande pour les distinguer du tubercule.

« Le microscope, dit Bronton, ne suffit pas à juger la question..... Le travail de ramollissement détruit la structure du cancer à ce point qu'il ne reste, dans les lobules pulmonaires, qu'un très-petit nombre de cellules cancéreuses qu'on peut facilement confondre avec l'épithélium si abondant dans le tubercule cru de récente formation.....

« On sait que ces dépôts de cancer secondaires du poumon peuvent subir une transformation, à savoir, une véritable régression. Les cellules se dessèchent et passant par tous les degrés de la solidification, la tumeur ne présente plus qu'une masse crétacée, ressemblant à s'y méprendre aux dépôts calcaires, que laissent les tubercules dans le tissu pulmonaire. »

Lebert est un des auteurs qui s'éleva le premier contre la loi d'antagonisme. Dans ses nombreuses autopsies de cancéreux il a soigneusement noté tous les cas où les poumons présentaient des tubercules tant anciens que récents, et, contrôlant par le microscope l'examen macroscopique, il a pu établir en faveur de la coïncidence la statistique suivante, dans laquelle il a eu soin de ne pas faire entrer en ligne de compte le tubercule crétacé : « Sur 45 autopsies de cancer utérin, dit-il, nous avons trouvé 13 fois des tubercules en général, dont 5 fois des tubercules évidemment anciens et guéris, 5 fois des tubercules de peu d'étendue et n'ayant pas les caractères certains de la date récente,

mais 3 fois des tubercules *récents* d'une manière nullement douteuse.

Sur 34 autopsies de cancer du sein, nous avons trouvé 2 fois des tubercules *récents*.

Sur 9 autopsies de cancer de l'œsophage, nous avons vu 2 cas de tubercules tout à fait *récents*.

Sur 57 cas de cancer de l'estomac, nous avons trouvé 5 fois des tubercules anciens et 5 fois des tubercules évidemment *récents*.

Sur 13 autopsies de cancer des os, nous avons encore eu 2 cas de tubercules anciens et 2 cas de tubercules évidemment récents.

Nous voyons donc ici la fréquence osciller entre 1/5 et 1/17, et nous arrivons à la somme totale de 15 cas de tubercules sur 173 autopsies, ce qui fait 8/16 0/0, en éliminant les tubercules anciens. Mais en faisant encore une concession, en regardant cette fréquence plus grande comme dépendant des circonstances accidentelles, comme due à ce que nous avons recueilli la plupart de nos observations à Paris et dans les hôpitaux, où les tubercules sont très-fréquents, nous n'irons certainement pas trop loin, en établissant comme règle générale qu'une tuberculisation récente et encore progressive se rencontre au moins dans un vingtième des cas chez les cancéreux, car nos relevés fournissent même la proportion d'un douzième. Or, lorsqu'on tient compte du fait que l'affection tuberculeuse est beaucoup plus fréquente pendant la jeunesse qu'à un âge plus avancé, qu'atteignant en moyenne 1/6 des populations, ce sixième doit évidemment être réduit à 1/16, à 1/18, et même au delà pour ceux qui dépassent 40 ans, époque à laquelle le cancer devient très-fréquent; en tenant compte, disons-nous, de ces faits, les

cancéreux paraissent tout aussi disposés à devenir tuberculeux que les individus du même âge qui ne sont pas atteints de cancer. Seulement il nous semble que les cancéreux deviennent bien plus facilement tuberculeux que les phthisiques ne deviennent cancéreux, cas en effet fort rare, et dont nous n'avons point encore observé d'exemple. »

En parcourant les Bulletins de la Société anatomique et en notant les différentes observations de cancer dans lesquelles les poumons avaient été examinés, nous avons pu sur 287 cas de cancers recueillis trouver 42 fois la coïncidence de tubercules. Nous avons laissé de côté les cas où les poumons ne contenaient que du tubercule crétacé, desséché pour ainsi dire.

Onze fois sur les 287 cas, nous avons noté la présence de tubercules récents dans les poumons, ce qui donne une moyenne de 4 0/0, proportion inférieure à celle de Lebert, qui est de 5 0/0. Il est vrai d'ajouter que nous n'avons considéré que la seule granulation grise comme tubercule récent, tandis que Lebert embrasse sous cette dénomination et la granulation grise ou jaune, et le tubercule récemment infiltré, cru ou ramolli, et les cavernes de date peu ancienne.

Nous pouvons néanmoins, en présence de ces chiffres, conclure en terminant ce chapitre que les tubercules pulmonaires coïncident avec le cancer dans un nombre de cas relativement assez considérable.

CHAPITRE II.

Maintenant qu'il est établi que le tubercule et le cancer se rencontrent chez le même individu, voyons pour quels organes cancéreux cette coïncidence de tubercule pulmonaire est le plus souvent notée.

« Un fait, dit Lebert, nous a extrêmement frappé, c'est la fréquente coïncidence des tubercules pulmonaires avec le cancer de l'œsophage. » Il est facile, en effet, de s'en convaincre si nous nous reportons à la statistique de Lebert, que nous avons donnée à la fin du chapitre précédent. Nous y trouvons que sur 34 autopsies de cancer du sein, 2 fois seulement la présence du tubercule est signalée, ce qui donne une proportion de 1/17.

Sur 45 autopsies de cancer utérin, 3 fois il existe des tubercules, c'est-à-dire dans un quatorzième des cas.

Mais sur 9 autopsies de cancer de l'œsophage, 2 fois il y avait des tubercules récents, et la proportion s'élève à 1/4 à peu près.

Elle s'abaisse à 1/12 pour le cancer de l'estomac, car sur 57 cas de cancer de cet organe, 5 fois seulement il y avait des tubercules.

En compulsant les observations que nous avons relevées, nous sommes arrivé à peu près aux mêmes moyennes que Lebert, du moins en ce qui concerne les cancers de l'estomac et de l'œsophage.

Sur 32 cancers utérins, 2 fois il y avait des tubercules.

Sur 137 cancers de l'estomac, 12 fois nous avons noté la présence de tubercules, c'est-à-dire dans un onzième des cas.

Sur 31 cancers de l'œsophage, 6 fois il existait des tubercules pulmonaires, ce qui donne une proportion d'un peu plus de 1/5.

Dans ces différents relevés, nous n'entendons parler que du tubercule récent, et il faut encore remarquer que c'est pour le cancer de l'œsophage que nous avons toujours trouvé les lésions pulmonaires les moins avancées : deux fois, en effet, les poumons étaient criblés de granulations miliaires; trois fois seulement il existait des tubercules crus et petits, et une fois seulement des cavernes de date récente.

Pour le cancer de l'estomac les lésions pulmonaires étaient en général plus anciennes. Deux fois aussi il existait des granulations grises; sept fois des tubercules jaunes à différents degrés de leur évolution, et trois fois des cavernes.

Quoi qu'il en soit, c'est avec les cancers de l'œsophage et de l'estomac que l'on rencontre le plus fréquemment les lésions pulmonaires tuberculeuses à un degré de développement voisin de leur début.

Il ya certainement des raisons à cette manière d'être. Et d'abord l'œsophage et l'estomac sont des organes dont le fonctionnement normal intéresse absolument la nutrition ; on comprend donc que les lésions de deux organes aussi importants soient une entrave puissante à la nutrition, une cause d'affaiblissement rapide et progressif, condition des plus favorables au développement du tubercule pulmonaire.

De plus le cancer de l'œsophage prime celui de l'estomac comme cause de consomption des forces organiques et

comme condition pathogénique de la tuberculisation, car en vertu de la position de l'œsophage plus voisine que celle de l'estomac de l'origine du tube digestif, les aliments trouvent dans le produit hétéromorphe qui obstrue cet organe un obstacle à leur libre passage. Ils se trouvent arrêtés dès les premières voies ; la nutrition n'en est que plus promptement lésée et partant la constitution plus rapidement entraînée vers sa ruine. C'est pour cette saison, croyons-nous, qu'avec le cancer œsophagien surtout, le tubercule n'a pas toujours le temps d'évoluer et l'on trouve alors dans les poumons des lésions tuberculeuses récentes.

Mais à côté de ces causes quasi-mécaniques qui dans les cancers de l'œsophage et de l'estomac nous rendent compte de la formation relativement fréquente de tubercules pulmonaires ; il est une autre cause qu'on peut aussi invoquer comme favorable à l'éclosion de la tuberculose, c'est la cachexie cancéreuse elle-même qui vient encore contribuer à la déchéance de l'organisme.

L'influence fâcheuse du rétrécissement de l'œsophage sur la détermination tuberculeuse a été signalée par M. le professeur Peter dans sa thèse de concours de 1866. « Les mauvaises conditions d'ordre pathologique, dit-il, sont celles qui portent directement atteinte à la nutrition ou qui épuisent l'organisme.

Ainsi Dittrich a vu fréquemment l'ulcère simple être suivi de tuberculisation, c'est un fait qui n'est pas habituellement signalé et qui n'est pas complètement d'accord avec mon observation personnelle. Mais ce que j'ai vu, c'est deux fois, et chez des sujets jusque-là bien portants, la tuberculisation se développer à la suite d'un rétrécissement de l'œsophage et par le fait de l'inanition de ces individus.

La dyspepsie prolongée est une cause incontestable de tuberculisation. »

Sur 13 cas de rétrécissement non cancéreux de l'œsophage relevés dans les Bulletins de la Société anatomique, trois fois l'existence de lésions tuberculeuses récentes du poumon était mentionnée. Ce fait du rétrécissement qui existe constamment dans le cancer de l'œsophage semble donc avoir une grande part dans la production du tubercule pulmonaire coïncidant avec le cancer de cet organe.

On pourrait faire la même remarque pour le cancer de l'estomac, car dans la majeure partie des cas où nous avons trouvé la coïncidence de tubercules pulmonaires, la lésion cancéreuse siégeait au pylore et le rétrécissait. La nutrition était mécaniquement entravée comme dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, mais cependant d'une façon moins sérieuse que dans ce dernier, puisque les aliments pouvaient subir un commencement de digestion et être absorbés, quoique en minime partie, ce qui était rendu bien plus difficile, quelquefois même impossible par le rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Tous les rétrécissements situés sur le trajet du tube digestif et de quelque nature qu'ils soient peuvent donc agir de la même façon en épuisant l'organisme par défaut de nutrition et favorisant ainsi le développement de la tuberculose pulmonaire. Nous n'osons pas affirmer que la condition de formation du tubercule sera d'autant moins favorable que le rétrécissement se rapprochera davantage de la partie inférieure de ce tube. Nous n'avons malheureusement pas de faits pour appuyer une telle affirmation, mais cependant, quitte à la vérifier plus tard par l'observation, cette remarque semble raisonnable, car il est évident que la nutrition de l'individu sera d'autant moins incomplète que

le rétrécissement sera plus éloigné de l'origine du tube digestif. Le rectum semble cependant faire exception à cette remarque, car la tuberculose a été signalée chez les individus porteurs de rétrécissements de cet organe et plus particulièrement lorsque ces affections étaient de nature syphilitique. Nous avons noté 3 fois la coïncidence de tubercules pulmonaires sur 19 cas de rétrécissement non cancéreux, et deux fois sur ces 3 cas, la lésion rectale était de nature syphilitique.

Parmi les quelques cas de rétrécissements cancéreux du rectum que nous avons relevés, et dans lesquels l'examen des poumons avait été fait à l'autopsie, nous n'avons pas vu signaler l'existence de tubercule. Comme le nombre de ces observations est très-peu considérable, nous ne pouvons rien en inférer au sujet de la coïncidence de la tuberculose pulmonaire et du cancer du rectum. Le rétrécissement de l'œsophage et du pylore dans les cancers de ces organes, l'influence de la cachexie elle-même, sont donc des conditions favorables au développement des tubercules pulmonaires ; mais ces conditions pathogéniques de la tuberculisation perdent une partie de leur valeur lorsque le sujet cancéreux est héréditairement prédisposé à la phthisie ; elles n'agissent plus alors que comme causes déterminantes d'une affection dont le germe est depuis longtemps à l'état latent dans l'oganisme, n'attendant qu'une occasion favorable pour se développer. Cependant lorsque les antécédents tuberculeux font défaut chez les sujets atteints en même temps de cancer de l'œsophage ou de l'estomac et de tubercules, ces différentes causes ne sont plus déterminantes et on peut à bon droit leur rapporter le fait d'une tuberculose réellement acquise dans ces cas.

CHAPITRE III.

Lorsque le cancer et le tubercule coexistent chez le même sujet, exercent-ils l'un sur l'autre une influence quelconque? La marche de l'une de ces affections peut-elle être modifiée par l'autre?

M. Gueneau de Mussy admet cette influence : « On retrouve quelquefois, dit-il, dans les ascendants la double origine des deux diathèses. Une seule des deux, cependant, occupe en général la scène morbide, une seule évolue et s'empare de l'organisme pendant que l'autre reste, pour ainsi dire, à l'état embryonnaire, sans se développer; et c'est presque toujours alors le travail morbide le plus actif, le plus vivant et en même temps le plus fatalement destructeur, le processus cancéreux, qui impose silence à l'autre, le condamne à l'inertie, étouffe ses tendances expansives, si prononcées quand il est seul. »

Cependant les cas ne sont pas rares dans lesquels le tubercule et le cancer se sont développés simultanément chez le même sujet, chacune de ces affections suivant sa marche habituelle et parcourant toutes les phases de son évolution, comme si elle existait seule dans l'organisme.

Béhier signale ce fait dans ses Conférences cliniques au sujet des rétrécissements de l'œsophage : « Dans quelques faits, rares du reste, la communication œsophago-pulmonaire reconnaissait une origine double, un cancer d'un côté, des tubercules ramollis d'autre part; l'ulcération procédant à la fois des deux organes. Dans les cas de ce genre,

il y a, comme vous le voyez, deux diathèses coexistantes ; elles ont marché de front sans que l'une étouffât l'autre. M. Lebert a signalé cette particularité qu'il semble considérer comme plus fréquente dans le cancer de l'œsophage que dans celui de tout autre organe. »

Il est certain que dans quelques cas les dépôts phymiques trouvés dans les poumons des cancéreux ont eu une marche très-lente. Lebert fait lui-même cette remarque et nous avons vu, dans notre premier chapitre, que c'est là un des principaux arguments dont M. Perroud se sert pour s'élever contre la statistique de Lebert en faveur de la coïncidence.

On aurait pu croire que la marche lente de ces dépôts tuberculeux pouvait être attribuée à l'influence de la diathèse cancéreuse, comme cela arrive par exemple chez les goutteux. Chez ces derniers, en effet, la destruction tuberculeuse du poumon est très-limitée et s'effectue avec lenteur, sans réaction et d'une façon presque latente. La goutte a certainement là une influence sur la marche du tubercule. Mais il n'en est pas ainsi pour les cancéreux atteints de tubercules à évolution lente. Ce n'cst pas dans l'influence diathésique mais dans l'âge des malades qu'il faut chercher la cause de cette lenteur de développement.

C'est en effet chez des gens qui ont dépassé 40 ans que l'on observe ces dépôts phymiques et à cette époque de la vie la fonction respiratoire a dépassé son summum d'activité ; les productions tuberculeuses ne trouvent pas dans les poumons de ces individus un terrain aussi favorable à leur prompt développement que chez un homme jeune et dont la fonction respiratoire est dans toute sa vigueur.

La simultanéité du développement du cancer et du tubercule semble avoir échappé à Cruveilhier, car tout en admet-

tant qu'il n'existe aucun rapport, ni direct, ni indirect entre les tubercules strumeux et le cancer, ces deux affections pouvant coexister chez le même sujet sans exercer l'une sur l'autre la moindre influence, il ajoute : « Les tubercules strumeux et le cancer ne s'excluent pas plus l'un l'autre que la suppuration et le cancer. Je n'ai jamais vu la maladie cancéreuse et la tuberculisation strumeuse marcher simultanément, car ces deux lésions n'appartiennent pas à la même époque de la vie ; et en général, la maladie tuberculeuse était depuis longtemps enrayée et terminée lorsque survenait la maladie cancéreuse. »

M. Barth émet la même idée : « Généralement, dit-il, chez un même individu, l'affection cancéreuse et l'affection tuberculeuse ne suivent pas une marche parallèle et ne se développent pas en même temps. »

Quoi qu'il en soit, des faits nombreux établissent cette simultanéité et cette indépendance de développement du cancer et du tubercule chez le même sujet.

Il est une autre question que nous devons aussi nous poser : Y a-t-il quelque rapport entre le tubercule et le cancer? Nous sommes là bien éloigné de la question de l'antagonisme que nous avons traitée au commencement de notre thèse. Si quelques auteurs, et à leur tête Rokitanski, ont prétendu que le cancer et le tubercule s'excluaient l'un l'autre, d'autres au contraire ont cru voir entre ces deux produits hétéromorphes un lien intime. Pour eux le cancer pourrait se transformer en tubercule.

Brinton ne semble pas se refuser à cette idée, mais il l'exprime sous une autre forme en supposant entre le cancer et le tubercule un rapport de cause à effet.

M. Gueneau de Mussy dit qu'il n'est pas rare que des

parents cancéreux donnent naissance à des enfants tuberculeux.

M. Pidoux, qui voit dans la phthisie non pas, « une maladie chronique qui commence, mais bien une maladie qui finit, » reconnaît à l'hérédité de cette affection des sources multiples. Un grand nombre de maladies chroniques diverses dans leur origine finissent par conduire l'organisme à la tuberculisation. « Qu'on ne s'étonne donc pas, dit-il, si le tubercule est encore un produit éloigné et héréditaire de la dégénération du cancer; c'est dans l'ordre. On ne cite pas la filiation inverse, celle du cancer par la phthisie. »

Mais c'est surtout M. Burdel (de Vierzon), qui a traité cette question de la transformation par hérédité du cancer en tubercule.

C'est en étudiant dans sa pratique l'hérédité de la phthisie, établie pour bon nombre de ses malades, qu'il fut frappé du fait suivant. Des parents, en apparence pleins de vie et de santé perdaient successivement la plupart de leurs enfants, quelquefois tous de tuberculisation méningée, pulmonaire et abdominale. Les ascendants du père et de la mère n'avaient pas été affectés de cette maladie. Cependant le nombre des enfants affectés excluait l'idée du développement tuberculeux de la maladie sous des influences accidentelles; puis les parents de ces enfants que 15 ans auparavant M. Burdel avait vus sains, succombaient au cancer et comptaient quelque fois des cancéreux dans leurs collatéraux ascendants.

M, Burdel pensa qu'il pouvait y avoir un lien entre le cancer et le tubercule et que ce dernier pourrait être issu du cancer.

Son examen porte sur 100 parents cancéreux; 75 fois les

enfants furent tuberculeux. Sur 100 familles, 79 affectées de cancer ont fourni 237 tuberculeux.

M. Vigla, rapporteur du mémoire de M. Burdel à l'Académie de médecine, après avoir reconnu tout le mérite du travail de son collègue de Vierzon, considère que les chiffres qu'il apporte à l'appui de son idée son insuffisants pour juger absolument la question, puis il ajoute : « La parenté étiologique sur laquelle M. Burdel se base pour établir ses déductions, ressort-elle bien des faits précédents? La phthisie est commune dans le Berry comme dans la plupart des provinces de France. Le cancer paraît s'y rencontrer dans une proportion considérable, peut-être exceptionnelle. Dès lors on est porté tout naturellement à se demander si ces deux affections, toutes deux fréquentes dans le canton de Vierzon, ne se sont pas développées parallèlement en vertu de conditions propres à chacune plutôt qu'elles ne se seraient succédé par voie de génération ou de transformation. Il est conforme à la pathogénie de ces deux affections que les jeunes sujets succombent à la phthisie et leurs parents au cancer quand ils ont atteint ou dépassé l'âge de la maturité, dans un milieu où les conditions favorables au développement de ces deux maladies semblent se trouver réunies. » Et il ajoute plus loin : « Dans les cas relatés par M. Burdel, les enfants destinés à la phthisie ont été engendrés par des parents qui ne sont devenus cancéreux que 12 ou 15 ans après et même plus tard, et ces mêmes parents étaient florissants de santé à la naissance de leurs enfants. N'y a-t-il pas lieu de s'étonner que ce germe latent, embryonnaire en quelque sorte de cancer, s'il existe déjà puisse produire la phthisie dans leur descendance. »

Dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie prati-

que M. Maurice Raynaud dans son remarquable article sur sa diathèse cite le mémoire de M. Burdel et rapporte les chiffres exprimant le résultats contenus dans ce travail. « Il serait difficile de se prononcer, dit-il, sans documents à l'appui sur une question trop récente pour avoir subi le contrôle de la critique. J'avoue être peu porté à partager une semblable opinion. La phthisie tuberculeuse est chose tellement commune, et particulièrement les exemples de phthisie acquise, en l'absence de tout antécédent, sont si nombreux, qu'il n'est pas étonnant que des cas de ce genre se rencontrent dans les familles cancéreuses, ni plus ni moins que dans les autres.

Au surplus, quand on veut porter un jugement sur des questions aussi complexes, il ne faut pas oublier que dans le fait de la reproduction, l'hérédité n'est pas seule à devoir être prise en considération, mais qu'à côté d'elle il y a *l'innéité*. La génération ne consiste pas dans la copie servile d'un type préexistant. Elle a le pouvoir de créer de toutes pièces, aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal. Personne ne contestera qu'il y a des diathèses congénitales qui n'existaient ni chez le père, ni chez la mère de l'individu qui en est affecté. Il faut bien admettre alors qu'elle résulte de la rencontre de deux tempéraments qui en s'unissant, ont donné lieu à un produit doué de propriétés qu'ils ne possédaient ni l'un ni l'autre. C'est ce qui arrive, par exemple, pour la scrofule que l'on observe chez des enfants issus d'époux sains, mais trop âgés. On n'est donc nullement fondé à conclure, de ce qu'une diathèse existe chez un parent et une autre diathèse chez son enfant, que celle-ci dérive nécessairement de celle-là par voie de transformation. »

La transformation du cancer en tubercule est donc loin

d'être résolue. Pour donner raison à ceux qui produisent une semblable assertion, il faudrait une observation longtemps prolongée et faite avec le plus grand soin, il faudrait de plus qu'une telle observation ne portât pas seulement sur une seule contrée, mais sur des points entièrement différents d'un même pays. Peut-être alors pourrait-on dégager de tous les faits recueillis une conclusion affirmative en faveur de la transformation. Cependant, jusqu'à preuve du contraire, nous pouvons dire qu'il n'y a aucun lien, aucun rapport intime entre le cancer et le tubercule.

OBSERVATIONS.

Il ne nous reste plus avant de conclure qu'à donner la liste de nos observations. Une seule est inédite et nous en devons la communication à l'obligeante bienveillance de M.Duguet. Quoique cette observation soit très-longue, nous la reproduirons dans tous ses détails car elle est intéressante à plusieurs autres points de vue en dehors de celui qui a trait à notre sujet.

Nous ne ferons qu'indiquer les autres observations, presque toutes recueillies dans les bulletins de la Société anatomique.

Dans leur nombre il en est plusieurs dans lesquelles les lésions pulmonaires sont celles de la pneumonie caséeuse ; mais nous avons cru devoir les signaler au même titre que les observations où les lésions du poumon sont manifestement tuberculeuses. Car aujourd'hui le grand problème de la phthisie semble résolu en faveur de l'unité originelle de cette affection, pneumonie caséeuse et phthisie tuberculeuse reconnaissant également pour point de départ le tubercule,

Obs. I. — Cancer avec déplacement singulier du pylore. Coïncidence du cancer avec une infiltration tuberculeuse des poumons et une néphrite interstitielle. (Observation rédigée sur les notes de M. Latil, interne du service et communiquée par M. Duguet, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.)

Lemer... (Florentine), âgée de 53 ans, polisseuse sur cuivre, entre le 10 avril 1878 à l'hôpital Temporaire, salle Saint-Jean, n° 5, dans le service de M. Duguet.

Cette malade a toujours été bien portante, sans présenter aucun trouble vers le tube digestif. Mère de dix enfants, elle vit survenir la ménopause à 41 ans sans accidents d'aucune sorte.

Depuis dix mois seulement elle se plaint d'une douleur dans le côté gauche du ventre, accompagnée d'une perte de l'appétit de plus en plus grande, d'un amaigrissement notable et de vomissements glaireux se reproduisant le matin de temps en temps; malgré une certaine diminution des forces Lemer.... n'en continua pas moins à travailler.

Cependant, vaincue bientôt par la faiblesse, elle entra le 20 juin 1877 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Hardy. Dès cette époque, affirme-t-elle, on remarqua chez elle un point où elle accusait de la douleur, une tuméfaction siégeant à gauche de l'ombilic. Quoi qu'il en soit, au bout de deux mois elle en sortit améliorée, mais non guérie; en effet, l'amaigrissement fit de nouveaux progrès, la douleur du ventre continua à la faire souffrir et les vomissements qui ne se montraient que de temps en temps à des intervalles de quatre à cinq jours et le matin seulement, se montrèrent désormais plus fréquents et composées non plus seulement de matières glaireuses mais aussi de substances alimentaires. Point de fixité dans le moment d'apparition de ces vomissements; tantôt de suite, tantôt longtemps après les repas, et il fut impossible de relever chez la malade la sélection des aliments.

Le 7 janvier 1878, elle entra de nouveau à l'hôpital dans le service de M. Delpech (hôpital Necker) où elle séjourne deux mois. Soumise à un traitement basé sur le lait et l'eau de Vichy, elle en

sortit sans amélioration ni soulagement notable, pour aller à l'asile de convalescence du Vésinet, où elle se serait mise à tousser pour la première fois.

Le 10 avril, à son entrée dans le service de M. Duguet, on constate les particularités suivantes :

Amaigrissement considérable; teint profondément cachectique; persistance de douleurs vives dans le côté gauche du ventre; appétit presque nul; renvois aigres et brûlants après le repas; vomissements tous les trois ou quatre jours, plus ou moins longtemps après les repas, vomissements d'ailleurs peu abondants, garde-robes rares; des lavements seraient souvent nécessaires et auraient amené, à plusieurs reprises, des matières noirâtres ressemblant à de la suie délayée.

Ventre assez souple, saillant plutôt qu'aplati, dans lequel, au palper, on constate facilement, un peu à gauche de l'ombilic et au même niveau une tumeur assez superficielle, facile à délimiter et pouvant avoir six à sept centimètres de diamètre. Cette tumeur est assez dure et régulière; la pression exercée sur elle provoque de nouvelles douleurs.

Point d'ascite; mais il existe déjà un léger œdème des membres inférieurs.

La toux n'est pas très-fréquente et ne s'accompagne pas d'expectoration. A droite le poumon ne présente à relever qu'une respiration rude avec expiration prolongée légèrement soufflante au sommet. A gauche, submatité évidente dans la fosse sus-épineuse; retentissement des battements de cœur sous la clavicule; expiration prolongée et soufflante en avant comme en arrière; râles sous-crépitants et craquements dans la fosse sus épineuse.

Le 16. Progrès de la cachexie très-rapides; aux vomissements qui ne sont pas devenus plus fréquents se joint depuis quelque temps une diarrhée abondante (sept à huit selles par jour).

Le 19. Les vomissements ont cessé, la diarrhée persiste; la tumeur et l'abdomen offrent les mêmes caractères. Pouls extrêmement affaibli.

23. Les vomissements ont repris peu abondants et la diarrhée continue.

Le 25. Cessation des vomissements, persistance de la diarrhée,

douleurs abdominales moins vives; toux peu fréquente, sans expectoration, râles sous-crépitants et craquements à gauche en avant et en arrière, respiration rude et soufflante avec retentissement de la toux et de la voix.

Affaiblissement de plus en plus grand. L'alimentation composée surtout de laitage est singulièrement réduite, au gré de la malade.

Le 27. La teinte est devenue d'un jaune-paille terreux; l'œdème des membres inférieurs a beaucoup augmenté. La malade s'éteint dans la nuit.

Les urines n'ont point été examinées. L'inconstance et l'irrégularité des vomissements, l'absence de constipation remplacée souvent au contraire par de la diarrhée, la faible dilatation de l'estomac, le volume du ventre et surtout le siége de la tumeur à gauche de l'ombilic, avaient fait rejeter l'idée d'un cancer du pylore. Tout faisait penser à un cancer de la grande courbure ou du cul-de-sac de l'estomac.

L'autopsie démontra plus tard qu'on était dans l'erreur, puisqu'il s'agissait d'un cancer du pylore, mais d'un cancer à disposition insolite.

Autopsie, pratiquée le 28, vingt-quatre heures après la mort.

Cavité abdominale. — Point de liquide dans la cavité abdominale. Les anses intestinales sont modérément dilatées; l'estomac présente une situation bizarre et tout à fait anormale. A peine distendu, il est dirigé verticalement en bas, le grand cul-de-sac en haut, le pylore en bas, ce qui lui donne un aspect pyriforme à grosse extrémité supérieure. Le grand cul-de-sac répond à son siége habituel, mais le pylore est venu s'accoler à la paroi antérieure de l'abdomen à trois travers de doigt de l'ombilic, à gauche et au même niveau. L'adhérence du pylore à la face postérieure de la paroi abdominale a lieu dans une étendue d'une pièce de cinq francs d'argent. Cette paroi antérieure entre pour une part dans la tumeur constituée d'ailleurs primitivement par la région pylorique de l'estomac.

Après avoir incisé l'estomac, on constate l'intégrité de ses parois dans toute son étendue, sauf au voisinage de l'orifice pylorique. Là, en effet, se voit une anfractuosité ampullaire capable de loger un œuf de poule, irrégulière aussi bien à son intérieur que

sur ses bords. Les parois de cette anfactuosité sont constituées par les parois de l'estomac érodées, déchiquetées, sanieuses; presque partout la muqueuse a disparu, la musculeuse même est ulcérée en beaucoup d'endroits, et il ne reste plus en plusieurs points que la séreuse plus ou moins épaissie. Au niveau de la région adhérente à la paroi abdominale, toute tunique stomacale a disparu, et la paroi de l'anfractuosité est constituée uniquement par l'aponévrose qui revêt les muscles abdominaux composant la paroi abdominale. Des traces de péritonite partielle existent autour de la zone adhérente, sous forme de tractus et de fausses membranes offrant d'ailleurs peu de résistance, de sorte qu'une ouverture de l'estomac dans le péritoine n'eût pas été loin de pouvoir se faire. Les bords irréguliers de l'anfractuosité pylorique sont constitués par la muqueuse érodée de l'orifice pylorique de l'estomac; ils sont saillants, taillés à pic par place, et formant un bourrelet sinueux. A la coupe, on voit la muqueuse très-tuméfiée, rougeâtre, vasculaire, ramollie, et le tissu sous-muqueux épais de 2 à 3 centimètres offre à la coupe un aspect lardacé qui s'étend assez loin sur la muqueuse stomacale qu'elle soulève au pourtour de cette vaste ulcération ; par la pression et en passant une lame de scalpel sur ce tissu mou, rosé et lardacé, on recueille un suc laiteux abondant et assez épais. La couche musculaire de l'estomac a pris à ce niveau des proportions considérables; les fibres musculaires se manifestent sous la forme de faisceaux qui sont trois à quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal, et les tractus celluleux qui séparent ces faisceaux musculaires ont augmenté d'épaisseur dans des proportions analogues. A 3 ou 4 centimètres de distance toutes les parois de l'estomac reprennent leur aspect et leur disposition habituels.

En ouvrant le duodénum, on constate que l'orifice pylorique conserve encore un calibre qui permet l'introduction du petit doigt; mais l'incision de cette valvule fait voir ici les mêmes altérations que dans tous les autres points du pourtour de l'ulcération qui a envahi la muqueuse pylorique jusqu'à la muqueuse duodénale restée intacte. Même épaississement, même friabilité de la muqueuse, même épaississement du tissu sous-muqueux devenu lardacé et donnant à la pression un suc laiteux assez abondant.

On note surtout une hypertrophie plus grande de la paroi musculaire du pylore.

La section des parois adhérentes montre encore une couche lardacée de près de 1 millimètre d'épaisseur, avec suc blanchâtre, dans toute l'étendue de la destruction complète des parois stomacales, étendue de la largeur d'une pièce de 2 francs environ.

A part quelques ganglions volumineux trouvés au voisinage, on ne relève aucune autre particularité intéressante concernant le reste du tube digestif.

La rate n'est point altérée.

Le foie est légèrement muscade, mais pâle et un peu gras. La vésicule renferme de la bile dans laquelle nagent une trentaine de petits calculs noirâtres, grenus, muriformes, friables.

Les reins offrent tous les caractères du petit rein contracté, rouge, granuleux. Celui de droite dont le volume est réduit environ de moitié est recouvert d'une capsule très-épaissie et très-adhérente à son écorce. La surface en est granuleuse, rouge, avec arborisation vasculaire et quelques petits kystes disséminés à la surface. A la coupe le tissu est dur et la couche corticale est singulièrement atrophiée. — Au rein gauche on remarque les mémes altérations; la couche corticale n'y est plus représentée que par une lame d'une grande minceur.

Rien à noter du côté des organes génitaux.

Cavité thoracique. — Le *cœur* est simplement recouvert de quelques plaques laiteuses, mais le péricarde, les orifices du cœur et l'aorte n'offrent point de lésion appréciable.

Le poumon *gauche* adhère à la paroi thoracique à ce point que le sommet se déchire en partie et laisse des débris attachés au haut de la cavité thoracique. Du reste, la moitié supérieure du lobe supérieur de ce poumon est labourée dans tous les sens par des cavernes et des cavernules de toutes grandeurs qui ne sont séparées les unes des autres que par des tractus vasculaires et bronchiques. Il ne reste plus entre elles de substance pulmonaire reconnaissable. La moitié inférieure de ce lobe est du reste le siége d'une infiltration caséeuse remarquable par sa sécheresse, sa friabilité et son aspect qui rappelle celui du fromage de Roquefort : le grattage n'en fait sourdre aucun suc; on y reconnaît l'état

lobulé du parenchyme pulmonaire dont la consistance est devenue comparable à celle du mastic. Dans le lobe supérieur, il est impossible de trouver à l'œil nu la moindre granulation tuberculeuse, mais l'incision des parties caséeuses fait découvrir certains points en voie de ramollissement, de petites cavernes en voie de formation par fonte des masses caséeuses. Le lobe inférieur gauche présente disséminées dans son parenchyme un nombre assez considérable de granulations grises semi-transparentes, quelques granulations commencent à prendre un aspect opaque et un volume un peu plus gros. Le tissu pulmonaire qui les entoure est le siége d'une congestion œdémateuse; quelques granulations se voient aussi sur la plèvre qui recouvre le lobe inférieur. Celle qui revêt le lobe supérieur est épaissie, détruite par place et confondue avec les parois des cavernes du sommet du poumon.

Au sommet du poumon droit on découvre quelques tubercules crétacés avec accumulation de matière noire. Ce lobe supérieur est d'ailleurs tuméfié, volumineux, ferme, et à la coupe on reconnaît qu'il est le siége d'une pneumonie catarrhale remarquable en ce sens, qu'à côté des lobules arrivés à la teinte grisâtre s'en trouvent d'autres qui sont encore rosés, ce qui donne à la coupe un aspect marbré; mais dans toute l'étendue, le tissu est ferme et friable; la cassure en est grenue. Les lobes moyen et inférieur ainsi que la plèvre ne paraissent être le siége d'aucune altération. Notons que les deux poumons présentaient non-seulement à la surface, mais encore à l'intérieur une pigmentation brunâtre étoilée très-remarquable.

Au *hile des deux poumons* se voient quelques ganglions caséeux noirâtres.

Réflexions. — Nous voyons dans cette observation le cancer du pylore coïncider avec des altérations pulmonaires tuberculeuses manifestes et à différents degrés de leur développement. On remarque, en effet, dans le poumon gauche, des cavernes nombreuses au sommet du lobe supérieur, de l'infiltration caséeuse dans le lobe inférieur, et quelques granulations grises semi-transparentes.

Au sommet du poumon droit, quelques tubercules crétacés et de l'infiltration caséeuse à la base.

Notons de plus que c'est pendant le cours de l'évolution cancéreuse que la malade a toussé pour la première fois, et que c'est à cette époque qu'on peut rapporter le début des tubercules, qui ont ensuite évolué, en même temps que le cancer suivait, de son côté, sa marche indépendante et progressive.

Obs. II. —(Girard). Cancer de la langue terminé par gangrène. Granulations grises tuberculeuses du sommet des deux poumons. (Bulletin de la Société anatomique, 1831, p. 16).

Obs. III. —(Gaubric). Rétrécissement squirrheux du côlon descendant. Granulations grises aux sommets des poumons. (Soc. anat., 1843, p. 328)

Obs. IV. — (Bergeron). Tumeurs mélaniques du poumon. Granulations miliaires dans les deux poumons. (Société anat. 1844, p. 96).

Obs. V. — (Second-Féréol). Mélanose généralisée. Cancer encéphaloïde de la capsule surrénale gauche chez une femme de 40 ans. Tumeurs mélaniques du poumon droit. Granulations tuberculeuses grises et dures. (Société anat. 1858, p. 350).

Obs. VI. — (Notta). Tumeur squirrheuse du pylore. Poumons criblés de tubercules. (Société anat. 1847, p. 83).

Obs. VII. — (Broca). Tumeur encéphaloïde ulcérée de la pommette gauche. Poumon gauche sain. Poumon droit criblé de tubercules miliaires. (Société anat. 1850, p. 162).

Obs. VIII. — (Cruveilhier). Enorme tumeur médiastine. Tumeur squirrheuse du sommet des deux poumons. Granulations grises tuberculeuses. (Société anat. 1860, p. 180).

Obs. IX. — (Lancereaux). Cancer épithélial de l'œsophage avec

déchirure de l'aorte. Homme de 52 ans. Granulations miliaires disséminées dans les deux poumons. (Société anat. 1861, p. 296.)

Obs. X. — (Lebail). Rétrécissement organique de l'œsophage chez un homme de 60 ans. Les poumons sont criblés de granulations tuberculeuses. (Société anat. 1871, p. 190).

Obs. XI. — (Dreyfus). Cancer du pancréas et de la deuxième portion du duodenum chez un homme de 33 ans. Granulations miliaires disséminées dans les deux poumons. Au centre des poumons petits foyers caséeux. (Progrès médical, 1876, p. 684).

Obs. XII. — (Liouville). Pneumonie caséeuse. Epithelioma de la petite courbure de l'estomac et du pylore. Granulations miliaires grises tuberculeuses, disséminées dans le poumon droit. (Soc. anat. 1872, p. 280).

Obs. XIII. — (Bergeron). Cancer de la vessie. Tubercules crus aux sommets des poumons. (Bullet. de la Société anat. 1830, p. 127).

Obs. XIV. — (Sauné). Cancer du pylore, du foie et de plusieurs autres points de l'abdomen, quelques tubercules crus au sommet du poumon gauche. (Société anat. 1838, p. 293).

Obs. XV. — (Letenneur). Cancer encéphaloïde du testicule infiltré de matière tuberculeuse. (Société anat. 1838, p. 293).

Obs. XVI. — (Cordier). Cancer des lobes antérieurs du cerveau. Deux ou trois tubercules crus aux sommets des deux poumons. (Société anat. 1843, p. 223).

Obs. XVII. — (Demarquay). Squirrhe du sein infiltré d'une masse jaune tuberculeuse. Examen microscopique fait par M. Lebert. (Société anet. 1844, p. 38).

Obs. XVIII. — (Godart). Femme de 49 ans. Cancer de la capsule surrénale gauche. Tumeurs fibreuses de l'utérus. Tubercules crus aux sommets des poumons. (Société anat. 1846, p. 287).

Obs. XIX. — (Béraud). Homme de 46 ans. Cancer du pylore. Tubercules à tous les degrés dans les poumons. (Société anat. 1847, p. 10).

Obs. XX. — (Cl. Bernard). Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage; petits tubercules aux sommets des deux poumons. (Société anat. 1847, p. 106).

Obs. XXI. — (Lunier). Encéphaloïde de l'œsophage. Petits tube ucles crus dans les deux poumons. (Sociéte anat. 1848, p. 307).

Obs. XXII. -- (Pigné). Masse de tissus squirrheux remontan jusqu'à l'angle de la mâchoire, au milieu de cette masse on trouve des masses tuberculeuses. (Société anat. 1846, p. 14).

Obs. XXIII. — (André). Cancer du foie avec hémorrhagie dans la cavité du péritoine chez un homme de 59 ans. Quelques tubercules à l'état cru dans le sommet gauche. (Société anat. 1851, p. 237).

Obs. XXIV. — (Titon). Cancer de la moitié gauche de la langue et du maxillaire du même côté. Poumons tuberculeux. (Société anat. 1852, p. 202).

Obs. XXV. — (Goupil). Petite fille de 12 ans tuberculeuse. Tumeur encéphaloïde de l'abdomen. (Société anat. 1854, p. 37).

Obs. XXVI. (Duriau). Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Homme de 48 ans. Trois tubercules crus au poumon droit. (Société anat. 1857, p. 309).

Obs. XXVII. — (Second-Féréol). Cancer généralisé d'emblée dans les muscles, le cœur, la plèvre, les reins, l'intestin, etc... chez une femme de 40 ans. Pneumonie caséeuse du lobe supérieur droit. Petites cavernes dans ce même lobe. (Société anat. 1858, p. 459).

Obs. XXVIII. — (Malassez). Cancer du rein droit ayant donné lieu à tous les symptômes d un cancer de l'estomac chez un homme de 52 ans présentant des tubercu. s caséeux aux deux sommets et des cavernes à droite. (Société anat. 1670, p. 147).

Obs. XXIX. — (Moutard-Martin). Encéphaloïde du pylore. Noyaux de même nature dans le mésentère et l'épiploon. Epaississement des parois stomacale et œsophagienne (sarcome fasciculé). Tubercules pulmonaires. (Société anat. 1872, p. 55).

Obs. XXX. — (Troisier). Cancer de l'estomac. Lymphangite pulmonaire caséeuse chez un homme de 29 ans. Caverne au poumon droit. Granulations grises. Il en existe aussi à gauche. (Société anat. 1873, p. 600).

Obs. XXXI. — (Seuvre). Carcinome colloïde du cæcum chez une femme de 35 ans. Les deux poumons sont atteints, surtout dans leur tiers supérieur, de pneumonie caséeuse. Quelques masses de caséification dans les lobes inférieurs. (Société anat. 1873, p. 643).

Obs. XXXII. — (Voisin). Cancer colloïde de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac chez une femme de 69 ans. Tubercules pulmonaires aux deux sommets. (Société anat. 1874, p. 402).

Obs. XXXIII. — (Maunoir). Cancer des annexes de l'utérus, péritonite cancéreuse chez une femme de 48 ans. Quelques tubercules crus au sommet gauche et au sommet droit qui présente une caverne au voisinage de son hile. (Société anat. 1875, p. 342).

Obs. XXXIV. — (Raymond). Tumeur cancéreuse et tuberculeuse du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Excavations aux deux sommets. Granulations miliaires tuberculeuses dans le lobe moyen du poumon droit. (Société anat. 1841, p. 183.).

Obs. XXXV. — (Desruelles). Squirrhe de l'œsophage chez un homme de 55 ans. Les poumons offraient des cavernes tuberculeuses. (Société anat. 1845, p. 10).

Obs. XXXVI. — (Penard). Cancer du poumon. Cancer des parois thoraciques. Masses encéphaloïdes dans le poumon gauche. Tubercules crus et et ramollis. Cavernes en suppuration. (Société anat. 1846, p. 260).

Obs. XXXVII. — (Legrand). Cancer de l'utérus ayant détruit toute la partie antérieure du col de cet organe. Cavernes aux deux sommets. (Société anat. 1848, p. 137).

Obs. XXXVIII. — (Corvisart). Cancer du foie. Femme de 58 ans. Cavernes aux sommets des deux poumons. Petits tubercules crus dans les deux poumons. La nature tuberculeuse des lésions pul-

monaires est reconnue au microscope par MM. Lebert, Broca, Robin et Gosselin. (Société anat. 1848, p. 41).

Obs. XXXIX. — (Boulland). Tumeur encéphaloïde du pylore. Caverne très-étendue du poumon droit. Tubercules nombreux. (Société anat. 1849, p. 74).

Obs. XL. — (Nicas). Cancer du foie et des ganglions cervicaux. Homme de 56 ans. Tubercules durs très-nombreux dans le poumon droit. Petites cavernes dans le poumon gauche. (Société anat. 1852, p. 468).

Obs. XLI. — (Legroux). Cancer du sternum chez un homme de 74 ans. Indurations tuberculeuses et petites cavernes aux sommets des deux poumons. (Société anat. 1862, p. 16).

Obs. XLII. — (Dusaussay). Cancer de l'estomac; syphilis hépatique, chez un homme de 43 ans. Caverne au sommet gauche. Quelques tubercules crus ou ramollis. Poumon droit sain. (Progrès médical, 1876, p. 277).

CONCLUSIONS

1° Le cancer coïncide avec la tuberculose pulmonaire dans un nombre de cas relativement assez considérable.

2° C'est surtout avec les cancers de l'œsophage et de l'estomac que cette coïncidence s'observe le plus fréquemment.

3° Le cancer coïncide avec le tubercule à tous les degrés, mais c'est avec les cancers de l'œsophage et de l'estomac

que l'on observe les lésions pulmonaires tuberculeuses récentes.

4° Le cancer n'exerce aucune influence sur la marche du tubercule, et réciproquement.

5° On ne peut pas admettre la transformation du cancer en tubercule.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

LEBERT. Anatomie pathologique générale et spéciale, t. II, p. 164, 196.

— Traité des maladies cancéreuses, p. 90.

BROCA. Traité des tumeurs, t. I, p. 175.

CRUVEILHIER. Anatomie pathologique, t. V, p. 254 et 265.

PIDOUX. Etudes générales et pratiques sur la phthisie, p.167.

BÉHIER. Conférences cliniques, p. 86.

PETER. De la tuberculisation en général. (Thèse d'agrégation. Paris, 1866), p. 48 et 57.

DAMASCHINO. De l'étiologie de la tuberculose. (Thèse d'agrégation. Paris, 1872), p. 43, 159, 195.

PERROUD. De la tuberculose... passim.

CROISET. Coïncidence et rapport du cancer avec le tubercule. Thèse Paris, 1875.

BRINTON. Traité des maladies de l'estomac, p. 323.

Mémoires de l'Académie de médecine, 1851, p. 691 et 694.

Bulletins de l'Acanémie de médecine, 1870, p. 463.

Bulletins de la Société anatomique et particulièrement ceux de 1850, p. 134. 1852, p. 297.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Diathèse, cancer.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants. — Appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de fer, d'antimoine, de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. — Comment les divise-t-on? — Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique. — Phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : Le président de la Thèse,
JACCOUD.

Vu et permis d'emprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.